Proteja a su hijo con el seguro de accidentes para estudiantes

La escuela no es un deporte para espectadores. Entre los saltos y brincos, los correteos y los juegos bruscos, nuestro compromiso de proteger a los niños comienza ya en el kindergarten.

¡Por eso estamos aquí!

Inscripción por Internet: la Cobertura de accidentes y planes de salud garantizada se puede comprar en cualquier momento durante todo el año.
Recuerde visitar nuestro sitio web para una inscripción más rápida.
Se aceptan cheques, giros postales o tarjetas de crédito.
NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO

Servicio prestado por: **K&K Insurance Group, Inc.**
Teléfono: 855-742-3135

Año escolar 2011-2012

www.studentinsurance-kk.com

Examine sus beneficios:

Los Beneficios máximos se pagan según lo especificado a continuación

Los cargos razonables y necesarios por razones médicas están basados en el percentil 75.
-COBERTURA SOLO PARA ACCIDENTES: la Póliza ofrece beneficios por pérdida debido a una Lesión cubierta hasta un Beneficio máximo de $25,000 por cada lesión. Siempre que el tratamiento a cargo de un Médico calificado y matriculado comience en el término de 60 días a partir de la fecha de la Lesión, se pagarán beneficios por los Gastos médicos cubiertos incurridos dentro de las 52 semanas a partir de la fecha de la Lesión, hasta el Beneficio máximo por servicio según se muestra a continuación.

Compare y elija	**Opción baja de Solo accidentes**	**Opción alta de Solo accidentes**
Beneficio máximo:	$25,000 (por cada lesión)	$25,000 (por cada lesión)
Deducible:	$0	$0
Paciente hospitalizado		
Habitación y comidas:	Hasta $150 por día Tarifa de habitación semiprivada o privada	80% de los cargos razonables Tarifa de habitación semiprivada o privada
Varios del hospital:	Máximo de $600 por día	Máximo de $1,200 por día
Personal de enfermería registrado:	75% de los cargos razonables	100% de los cargos razonables
Consultas médicas: *(Los beneficios se limitan a una consulta por día y no aplican cuando la consulta se relaciona con una cirugía)*	$40 primer día/$30 cada día subsiguiente	$60 primer día/$40 cada día subsiguiente
Paciente ambulatorio		
Procedimientos quirúrgicos ambulatorios varios:	Máximo de $1,000	Máximo de $1,200
Consultas médicas: *(Los beneficios se limitan a una consulta por día y no aplican cuando la consulta se relaciona con una cirugía o fisioterapia)*	$40 primer día/$30 cada día subsiguiente	$60 primer día/$40 cada día subsiguiente
Fisioterapia para pacientes ambulatorios: *(Los beneficios se limitan a una consulta por día)*	$30 primer día/$20 cada día subsiguiente Máximo de 5 días	$60 primer día/$40 cada día subsiguiente Máximo de 5 días
Servicios en la sala de emergencias: *(Uso de la habitación y los suministros; el tratamiento se debe realizar en el término de 72 horas desde que se produce la lesión)*	Máximo de $150	Máximo de $300
Radiografías:	Máximo de $200	Máximo de $600
Servicios de diagnóstico por imágenes:	Máximo de $300	Máximo de $600
Laboratorio:	Máximo de $50	Máximo de $300
Medicamentos recetados:	Máximo de $75 Suministro de 30 días por receta	Máximo de $200 Suministro de 30 días por receta
Aparatos y dispositivos ortopédicos:	Máximo de $75	Máximo de $140
Paciente hospitalizado y/o paciente ambulatorio		
Honorarios del cirujano: *(Cirugía especificada según datos suministrados por Ingenix, Inc.)* *(No se pagará más de un procedimiento a través de la misma incisión)*	Máximo de $1,000	Máximo de $1,200
Anestesista:	20% de la prestación por cirugía	25% de la prestación por cirugía
Auxiliar quirúrgico:	20% de la prestación por cirugía	25% de la prestación por cirugía
Ambulancia:	Máximo de $300	Máximo de $800
Asesor:	Máximo de $200	Máximo de $400
Tratamientos dentales debido a lesiones en los dientes: *(Para lesiones en dientes naturales y en buen estado)*	Máximo de $10,000 por período de póliza si se adquiere la opción de ampliación de la cobertura odontológica. $200 por diente	Máximo de $10,000 por período de póliza si se adquiere la opción de ampliación de la cobertura odontológica. $500 por diente
Reemplazo de anteojos, lentes de contacto o audífonos que se rompen como consecuencia de una Lesión cubierta:	100% de los cargos razonables	100% de los cargos razonables
Equipos médicos duraderos:	No hay beneficios	No hay beneficios
Maternidad:	No hay beneficios	No hay beneficios
Complicación del embarazo:	No hay beneficios	No hay beneficios

No se cubren los gastos de los siguientes rubros: dispositivos protésicos, trastornos mentales y nerviosos, atención de la salud en el hogar, inyecciones.

Los detalles de estos beneficios se pueden encontrar en la Póliza maestra archivada en el distrito escolar. ***NOTA:*** *este es un resumen de los beneficios y no es un contrato. Se le ha entregado al distrito escolar una Póliza maestra que contiene todas las disposiciones, limitaciones, exclusiones y calificaciones de los beneficios del seguro. La Póliza maestra es el contrato que regirá y controlará el pago de los beneficios.*

1730 (CO/KS/NE/VA_MB_SPA_05/11)

Elija su plan de cobertura: *Pago único para cobertura de accidente*

Accidente las 24 horas (alumnos y empleados)

- A toda hora/en cualquier parte del mundo
- Antes, durante y después del horario escolar
- Los fines de semana, vacaciones y todo el verano, incluidos los cursos de verano
- Deportes patrocinados por la escuela y extracurriculares, queda excluido el fútbol americano de escuela secundaria

	Con ampliación de la cobertura odontológica	Sin ampliación de la cobertura odontológica
Opción baja	$69.00	$62.00
Opción alta	$102.00	$95.00

24 horas de accidente (cobertura verano únicamente, sólo los estudiantes)

El verano comienza el primer día después de que termina el año escolar.
El verano termina el primer día del año escolar siguiente.

	Con ampliación de la cobertura odontológica	Sin ampliación de la cobertura odontológica
Opción baja	$23.00	$16.00
Opción alta	$32.00	$25.00

Accidente en la escuela (alumnos y empleados)

- Durante el período lectivo regular, en las instalaciones de la escuela durante las horas de clase
- Traslado directo e ininterrumpido desde y hacia el hogar y las clases programadas
- Deportes patrocinados y supervisados por la escuela, queda excluido el fútbol americano de escuela secundaria
- Traslados desde y hacia deportes patrocinados y supervisados por la escuela en un vehículo aprobado por la escuela

	Con ampliación de la cobertura odontológica	Sin ampliación de la cobertura odontológica
Opción baja	$22.00	$15.00
Opción alta	$29.00	$22.00

Ampliación de la cobertura odontológica (solo accidentes)

- Cobertura complementaria ampliada para alumnos con Cobertura en la escuela, las 24 horas o de fútbol americano – Limitada a las fechas de vigencia de la póliza y la opción de cobertura de solo accidentes seleccionada de la Persona cubierta
- Reemplaza la cobertura odontológica estándar con una cobertura del 80% de los Cargos razonables hasta un límite máximo de $10,000 por lesión

Fútbol americano de escuela secundaria

- Juego, práctica o partidos de fútbol americano regulares programados
- Consulte con el Departamento de Deportes a fin de obtener las instrucciones para la inscripción

	Con ampliación de la cobertura odontológica	Sin ampliación de la cobertura odontológica
Opción baja	$113.00	$106.00
Opción alta	$172.00	$165.00

Tarifas exclusivas para la primavera

Para los jugadores nuevos que participan en el entrenamiento de primavera y todavía no están asegurados en virtud de la Cobertura de fútbol americano.
La asociación de atletismo de las escuelas secundarias de su estado define las temporadas de deportes.

	Con ampliación de la cobertura odontológica	Sin ampliación de la cobertura odontológica
Opción baja	$49.00	$42.00
Opción alta	$73.00	$66.00

OBSÉRVESE – PARA LOS PLANES DE COBERTURA ARRIBA ENUMERADOS

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: la cobertura de una persona entra en vigencia cuando la compañía recibe la solicitud completada y la prima o en la fecha de entrada en vigencia de la póliza emitida a su escuela o distrito escolar, la fecha que sea posterior.
Fecha de vencimiento de la cobertura: la cobertura finaliza cuando se cumplen doce meses de vigencia de la cobertura o el primer día del año escolar siguiente, la fecha que sea anterior.
Se extinguirá toda la cobertura si el titular de la póliza cancela la póliza o cuando la persona deja de reunir los requisitos necesarios.
La extinción de la cobertura por cualquier motivo no afectará a ninguna reclamación que tenga lugar antes de la finalización de la cobertura.

Exclusiones y limitaciones de la póliza para Coberturas de solo accidentes

Las siguientes exclusiones aplican a todos los Beneficios y todas las Cláusulas adicionales pertinentes, a menos que se mencione explícitamente lo contrario.

No pagaremos Beneficios por:

1. Una Lesión o Pérdida que:
   a. sea causada por una guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, sea civil o internacional, o cualquier conflicto armado importante entre fuerzas organizadas de naturaleza militar (lo que no incluye actos de terrorismo);
   b. sea causada mientras la Persona asegurada presta servicio activo a tiempo completo (más de 31 días) en cualquier rama de las Fuerzas Armadas;
   c. sea causada por la participación en una revuelta o disturbio violento;
   d. sea el resultado de la participación de la Persona asegurada en la perpetración o intento de perpetración de un delito grave, la intervención en cualquier acto ilícito u ocupación ilegal o la perpetración o provocación de cualquier acto ilícito;
   e. se produzca porque la Persona asegurada está bajo la influencia de cualquier droga, narcótico, psicotrópico o sustancia química (a menos que sea recetado por un médico y se lo utilice de acuerdo con las indicaciones del médico) según lo definen las leyes de la jurisdicción en la que se produjo la Lesión accidental. No es necesario una condena para determinar si se está "bajo la influencia de…"; o
   f. se autoinflija intencionalmente, lo que incluye suicidio o intento de suicidio, en estado de sano juicio o no.
2. Una Lesión o Pérdida que sea resultado de un viaje o vuelo (que incluye entrar, salir, subir o bajar) en cualquier aeronave excepto y exclusivamente como pasajero que paga su pasaje en una aeronave comercial, o como pasajero en una aeronave contratada por el Titular de la póliza, siempre que dicha aeronave tenga un certificado de aeronavegabilidad válido y vigente y sea operada por un piloto autorizado o con la debida licencia, y mientras dicha aeronave sea utilizada exclusivamente con fines de transporte y dicho viaje se consigne como una Actividad cubierta en el Programa de beneficios.
3. Todo Accidente donde la Persona asegurada sea el operador y no posea una licencia de operador de vehículo a motor válida y vigente (excepto en un Programa de formación de conductores).
4. Un Accidente que se produzca durante:
   a. la participación en cualquier actividad peligrosa, incluidos los deportes de vehículos de nieve, vehículos todo terreno (vehículos todo terreno o vehículos con ruedas similares), embarcaciones personales, paracaidismo acrobático, buceo, submarinismo, vuelo en ala delta, exploración de cuevas, salto elástico (bungee), lanzamiento en paracaídas o alpinismo;
   b. el viaje en, la conducción de o la prueba de un vehículo a motor utilizado en una carrera o competencia de velocidad, deporte, trabajo de exhibición o prueba de manejo. Para los fines de esta disposición, Vehículo a motor significa todo medio de transporte o vehículo autopropulsado, que incluye, entre otros, automóviles, camiones, motocicletas, vehículos todo terreno, motos de nieve, tractores, carros de golf, motopatines, cortadoras de césped, equipos pesados utilizados para excavar, barcos y embarcaciones personales. El concepto Vehículo a motor no incluye una silla de ruedas motorizada necesaria por razones médicas, a menos que dicha actividad esté explícitamente consignada como una Actividad cubierta en el Programa de beneficios.
5. Tratamiento médico o quirúrgico, atención de diagnóstico o preventiva de cualquier Enfermedad, excepto el tratamiento de una infección piógena que sea consecuencia de una Lesión accidental o una infección bacteriana resultado de la Ingestión accidental de sustancias contaminadas.
6. Toda Insuficiencia cardíaca o circulatoria, sea conocida o no o esté diagnosticada o no, excepto según se cubra de otro modo en virtud de la Póliza o a menos que la causa inmediata de dicha insuficiencia sea un traumatismo externo.

Otras exclusiones para el Beneficio de gastos médicos por accidente y toda Cláusula adicional pertinente:

No pagaremos Beneficios por:

1. Los Gastos por servicios o tratamientos prestados por un Médico, Enfermero o cualquier Proveedor que:
   a. sea empleado de o esté contratado por el Titular de la póliza o sus subsidiarias o filiales;
   b. sea la Persona asegurada o un Integrante de la familia de la Persona asegurada.
2. Los Gastos incurridos por cargos que la Persona asegurada no pagaría si no tuviera el seguro o servicios por los que no se cobra ningún cargo.
3. Los Gastos incurridos por cargos que superan los Cargos razonables.
4. La parte de los gastos médicos pagaderos por cualquier Póliza de seguro automotor sin tener en cuenta la culpa.
5. Los Gastos incurridos por cualquier tratamiento que la American Medical Association (AMA) o la American Dental Association (ADA) consideren experimental.
6. Los Gastos incurridos por la inspección, indicación, compra o ajuste de anteojos, lentes de contacto o audífonos, a menos que la Lesión haya causado el deterioro de la vista o la audición, o a menos que sea necesario reparar o reemplazar los anteojos, lentes de contacto o audífonos en uso como consecuencia de una Lesión cubierta.
7. Los Gastos incurridos por dentaduras postizas, puentes, implantes dentales, bandas o frenos u otros aparatos dentales, coronas, fundas, incrustaciones inlay u onlay y empastes nuevos, su reparación o reemplazo, o cualquier otro tratamiento de los dientes o las encías, excepto como resultado de una Lesión y hasta el Máximo de cobertura odontológica que figura en el Programa de beneficios, si corresponde.
8. Los Gastos incurridos por artículos para la comodidad o el confort personal, que incluyen, entre otros, cargos por llamadas telefónicas en el Hospital, alquiler de televisores o comidas para las personas de visita.
9. Los Gastos incurridos por o a propósito de Atención personal no médica, a menos que se especifique lo contrario en el Programa de beneficios.
10. Los Gastos incurridos por la supervisión de un anestesista.
11. Los Gastos incurridos por el alquiler de Equipos médicos duraderos que superen el precio de compra.
12. Los Gastos incurridos por la posterior reparación y reemplazo de dispositivos protésicos.
13. Los gastos incurridos por cualquier condición cubierta por la Ley de Compensación al Trabajador, la ley de Enfermedad Ocupacional o una ley similar.

Beneficios por Muerte accidental y pérdida específica:

Vida	$10,000
Ambos brazos o ambas piernas	$10,000
Ambas manos y ambos pies	$10,000
Un brazo y una pierna	$10,000
Una mano y un pie	$10,000
Ambas manos o ambos pies	$10,000
El habla y la audición en ambos oídos	$10,000
La visión de ambos ojos	$10,000
La visión de un ojo y una mano o un pie	$10,000
Un brazo o una pierna	$7,500
Una mano o un pie	$5,000
El habla o la audición en ambos oídos	$5,000
La visión de un ojo	$5,000
La audición de un oído	$2,500
El dedo pulgar y el índice de una mano	$2,500

El Límite global es de $500,000 y es la cantidad máxima que se puede pagar por reclamaciones incurridas para todas los Asegurados en virtud de la Póliza que resultan de un Incidente cualquiera que se produce cuando la Póliza se encuentra vigente. Si este límite no fuera suficiente para pagar el total de todas dichas Reclamaciones, el Beneficio que se debe pagar a cualquier Asegurado se determinará proporcionalmente a nuestro Límite global total de responsabilidad. Este Límite global de responsabilidad aplica únicamente a los Beneficios por Muerte accidental y Pérdida específica.

Política de privacidad

Sabemos que su privacidad es importante para usted y nos esforzamos por proteger la confidencialidad de su información personal no pública. No revelamos ninguna información personal no pública sobre nuestros clientes o exclientes a nadie, excepto según lo permita o exija la ley. Consideramos que mantenemos las salvaguardias físicas, electrónicas y procedimentales apropiadas para garantizar la seguridad de su información personal no pública.

Inscríbase por Internet en:

www.StudentInsurance-kk.com, o por correo

1. Complete y recorte el formulario de inscripción.
2. Emita el cheque o el giro postal pagadero a Nationwide Life Insurance Company. No envíe dinero en efectivo. La Compañía no se hace responsable de los pagos en efectivo.
3. Escriba el nombre de su hijo en el cheque o giro postal.
4. Inserte el cheque, la información de la tarjeta de crédito o el giro postal en el sobre adjunto.
5. Envíe el sobre por correo a: K&K Insurance Group,
   P.O. Box 2338
   Fort Wayne, IN 46801-2338
6. El cheque cancelado, la facturación de la tarjeta de crédito o el talón del giro postal serán su comprobante y la confirmación del pago.
7. Conserve este folleto para consultar en el futuro. No se le enviarán pólizas individuales.

Datos sobre la Póliza

1. ¿QUIÉNES REÚNEN LOS REQUISITOS? Son elegibles los alumnos del titular de la póliza que efectúan el aporte requerido en concepto de prima para la cobertura seleccionada. La condición de alumno se mantiene después de la graduación y entre los años escolares, a menos que la persona se inscriba en otro distrito escolar.
2. La Póliza maestra archivada en el distrito escolar es una póliza no renovable.
3. Esta es una póliza de beneficios limitados.
4. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA: la cobertura de una persona entra en vigencia cuando la compañía recibe la solicitud completada y la prima o en la fecha de entrada en vigencia de la póliza emitida a su escuela o distrito escolar, la fecha que sea posterior.
5. FECHA DE VENCIMIENTO DE LA COBERTURA: la cobertura finaliza cuando se cumplen doce meses de vigencia de la cobertura o el primer día del año escolar siguiente, la fecha que sea anterior. Se extinguirá toda la cobertura si el titular de la póliza cancela la póliza o cuando la persona deja de reunir los requisitos necesarios.
   La extinción de la cobertura por cualquier motivo no afectará a ninguna reclamación que tenga lugar antes de la finalización de la cobertura.
6. INSCRIPCIÓN TARDÍA: no habrá ninguna reducción de prima para ninguna persona que se inscriba más avanzado el año.

Administrado por:

K&K Insurance Group, P.O. Box 2338, Fort Wayne, IN 46801-2338

Definiciones de Solo accidentes:

Lesión Una lesión física que:

1. está directa o independientemente causada por un contacto accidental con otro cuerpo u objeto;
2. es una fuente de pérdida sufrida mientras la Persona asegurada está cubierta en virtud de la Póliza y mientras esa persona participa en una Actividad cubierta.

Para todos los Beneficios, Lesión incluye Insuficiencia cardíaca y circulatoria, con sujeción a las siguientes condiciones:

1. La Insuficiencia se debe presentar antes de los 65 años de edad mientras la Persona asegurada participa en una Actividad cubierta; y
2. Un médico trata el o los síntomas de dicha insuficiencia en primera instancia mientras la Póliza está vigente con respecto a la Persona asegurada y en el término de 48 horas de haber participado en una Actividad cubierta; y
3. A dicha Persona asegurada, en el término de un año antes de la fecha de la participación en la Actividad cubierta, un médico no le ha diagnosticado, ni ha recibido medicamentos para, infarto de miocardio, angina de pecho, trombosis coronaria, hipertensión, ataque cardíaco o incidente cerebrovascular.

Para el Beneficio de gastos médicos por accidente, Lesión también incluye lesiones por movimientos repetitivos como consecuencia de la participación en una Actividad cubierta. Las lesiones por movimientos repetitivos incluyen, entre otras, esguinces, torceduras, hernias, codo de tenista, tendinitis, bursitis y desgarros musculares. La lesión por movimientos repetitivos debe ser diagnosticada por un Médico y se debe producir dentro de los 30 días de participar en una Actividad cubierta.

Todas las Lesiones sufridas en un Accidente, incluidas todas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas Lesiones, se considerarán una sola lesión.

Recorte la tarjeta y consérvela para sus registros

Tarjeta de seguro del alumno

Nombre del alumno_____

Si se ha pagado la prima, el alumno, cuyo nombre aparece más arriba, ha sido asegurado en virtud de la Póliza emitida para:

Distrito escolar:_____

Cobertura solo para accidentes: ❑ 24 HORAS ❑ 24 HORAS (Cobertura solo durante el verano)

❑ EN LA ESCUELA ❑ FÚTBOL AMERICANO ❑ FÚTBOL AMERICANO (solo primavera)

❑ AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA ODONTOLÓGICA

Pagado con el cheque N.° _____ Cantidad pagada:_____ Fecha de pago:_____

Suscrito por: Nationwide Life Insurance Company

Preguntas sobre las reclamaciones: K&K Insurance Group, Inc.
1712 Magnavox Way • Fort Wayne, IN 46801 • 800-237-2917

1730 (CO/KS/NE/VA_MB_SPA_05/11)

Inscríbase por Internet para un servicio más rápido en www.StudentInsurance-kk.com
o complete este formulario y envíelo por correo

Formulario de inscripción (Año escolar 2011-2012)

Apellido del alumno:_____
Nombre del alumno:_____
Segundo nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento:_____
Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
Nombre del distrito escolar (obligatorio):_____
Nombre de la escuela:_____
Grado: ❑ Prekinder/Preescolar ❑ Kindergarten/Escuela primaria ❑ Escuela secundaria ❑ Preparatoria/Nivel más alto
Firma del padre/madre o tutor:_____
Fecha:_____ Dirección de correo electrónico:_____

Seguro para estudiantes --- Marque su elección:

Planes de cobertura solo para accidentes	**Opción baja**	**Opción alta**
24-HORAS con ampliación de la cobertura odontológica	$69.00 ❑	$102.00 ❑
24-HORAS sin ampliación de la cobertura odontológica	$62.00 ❑	$95.00 ❑
24-HORAS solo durante el verano con ampliación de la cobertura odontológica	$23.00 ❑	$32.00 ❑
24-HORAS solo durante el verano sin ampliación de la cobertura odontológica	$16.00 ❑	$25.00 ❑
EN LA ESCUELA con ampliación de la cobertura odontológica	$22.00 ❑	$29.00 ❑
EN LA ESCUELA sin ampliación de la cobertura odontológica	$15.00 ❑	$22.00 ❑
COBERTURA DE FÚTBOL AMERICANO DE ESCUELA SECUNDARIA		
con ampliación de la cobertura odontológica	$113.00 ❑	$172.00 ❑
sin ampliación de la cobertura odontológica	$106.00 ❑	$165.00 ❑
*Para jugadores nuevos		
*Fútbol americano en temporada de primavera con ampliación de la cobertura odontológica	$49.00 ❑	$73.00 ❑
*Fútbol americano en temporada de primavera sin ampliación de la cobertura odontológica	$42.00 ❑	$66.00 ❑

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA
Cheque N.°_____
Cantidad recibida_____
Fecha de recepción_____

Adjuntar el cheque por el pago total pagadero a:
Nationwide Life Insurance Company.

TOTAL ADJUNTO: $_____

Complete esta sección únicamente si desea pagar con tarjeta de crédito

1730 (CO/KS/NE/VA_MB_SPA_05/11)

Nombre completo que aparece en la tarjeta:
Nombre:_____ ISN:_____ Apellido:_____
Dirección de facturación *(si es distinta de la anterior)*
N.° de calle_____ Dirección_____ N.° de apto._____
Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____
Número de la tarjeta: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Fecha de vencimiento: Mes: ☐☐ Año: ☐☐☐☐

Firma del titular de la tarjeta:_____

La compañía no emite reembolsos ni acepta responsabilidad por los pagos en efectivo. (Si el banco por cualquier motivo rechaza un cheque o una tarjeta de crédito, el seguro quedará invalidado).